

FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Cualquier persona que crea que ha sido objeto de una discriminación basada en la raza, el color, el credo, el sexo, la edad, el origen nacional o una discapacidad puede presentar una queja por escrito a Western Carolina Community Action antes de haber transcurrido 180 días desde el momento en el que ocurrió la discriminación.

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Femenino
Dirección postal:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico		

Identifique la categoría de discriminación:

- RAZA COLOR ORIGEN NACIONAL SEXO
 CREDO (RELIGIÓN) DISCAPACIDAD DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS EDAD

**NOTA: Las bases del Título VI son la raza, el color y el origen nacional. Todas las otras bases se encuentran en la "Garantía de no discriminación" de las certificaciones y garantías de la Administración Federal de Tránsito.*

Identifique la raza del demandante

- Negro Blanco Hispano Asiático-americano
 Indio americano Nativo de Alaska Isleño del Pacífico Otro

Fecha y lugar de los supuestos actos discriminatorios. Por favor, incluya la fecha más antigua y la fecha más reciente de discriminación.

Nombres de los individuos responsables de los actos discriminatorios:

¿Cómo le discriminaron? Describa la naturaleza del acto, la decisión o las condiciones de la supuesta discriminación. Explique tan claramente como sea posible lo que sucedió y por qué cree usted que su estatus protegido (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo fueron tratadas otras personas de manera diferente a usted (**adjunte páginas adicionales, si es necesario**).

La ley prohíbe la intimidación o **las represalias** contra cualquier persona por haber tomado una medida o haber participado en una medida para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que se han tomado represalias contra usted, sepárelas de la discriminación alegada anteriormente y, por favor, explique las circunstancias a continuación. Explique qué medida tomó usted que crea que fue la causa de las supuestas represalias.

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podamos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja (adjunte páginas adicionales, si es necesario):

Nombre

Dirección

Teléfono

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar usted una queja sobre el asunto planteado a alguno de los siguientes?
En caso afirmativo, por favor, proporcione las fechas de presentación. Marque todo lo que corresponda.

- Departamento de Transporte de Carolina del Norte _____
- Administración Federal de Tránsito _____
- Departamento de Transporte de Estados Unidos _____
- Departamento de Justicia de Estados Unidos _____
- Tribunal federal o estatal _____
- Otro _____

¿Ha discutido usted la queja con algún representante de Western Carolina Community Action? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de la discusión.

Por favor, proporcione cualquier información adicional que usted crea que ayudaría con una investigación.

Explique brevemente qué compensación o medida está buscando usted por la supuesta discriminación.

****NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMAR. POR FAVOR, FIRME Y FECHE EL FORMULARIO DE QUEJA A CONTINUACIÓN.**

FIRMA DEL DEMANDANTE

FECHA

ENVÍE EL FORMULARIO DE QUEJA POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Western Carolina Community Action
P.O. Box 685
Hendersonville, NC 28792
bkimmons@wcca.org
828-693-1711

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción de la queja: _____

Procesada por: _____

No. de caso: _____

Referido a: NCDOT FTA Fecha de referencia: _____